



**COMILLAS**  
UNIVERSIDAD PONTIFICIA

ICAI

ICADE

CIHS

FACULTAD DE CIENCIAS HUMANAS Y  
SOCIALES

**Título del trabajo: Psicopatía: una revisión sobre su  
evolución, diagnóstico diferencial, tipologías y relación  
con la Agresividad**

Autor/a: Andrea Prado Taboada  
Director/a: Lucía Halty Barrutieta

Madrid  
2020/2021

## ÍNDICE

Resumen.....	3
1. Introducción a la Psicopatía.....	5
2. Método.....	8
3. Objetivos.....	9
4. Psicopatía y TAP.....	9
4.1 Definición de Psicopatía.....	9
4.2 Tipologías dentro de la Psicopatía.....	11
4.3 Trastorno de la Personalidad Antisocial.....	11
4.4 Diferencias entre Psicopatía y Trastorno de la Personalidad Antisocial.....	13
4.5 Psicópatas exitosos vs no exitosos.....	13
5. Sistemas de inhibición y aproximación conductual.....	14
5.1 Definición de BIS y BAS.....	14
5.2 Relación entre BIS y BAS y tipologías de Psicopatía.....	15
5.2.1 Psicopatía primaria y BIS.....	16
5.2.2 Psicopatía secundaria y BAS.....	16
6. Agresividad y Psicopatía.....	17
6.1 Definición de Agresividad y Teorías de la Agresividad humana.....	17
6.2 Agresividad reactiva y agresividad proactiva.....	18
6.3 Relación entre agresividad y Psicopatía.....	19
7. Conclusiones.....	20
8. Limitaciones.....	22
9. Bibliografía .....	23

## Resumen

El objetivo de este trabajo es establecer las diferencias fundamentales entre Psicopatía y el Trastorno de la Personalidad Antisocial, determinar las diferencias entre las tipologías de Psicopatía relacionándolas con los sistemas de inhibición y aproximación conductual, y definir el concepto de Psicopatía subclínica, así como dar a ver la relación existente entre agresividad y Psicopatía. Para ello, se ha hecho una revisión de las diferentes definiciones surgidas a lo largo de la historia sobre Psicopatía, estableciéndose como un constructo diferente al Trastorno de la Personalidad Antisocial y utilizándose para su definición la escala PCL-R de Hare, la cual ayuda a clarificar dicho concepto. Además, se ha incidido en las diferentes tipologías de la misma, definiendo al psicópata primario como aquél que carece de empatía y remordimiento, y al psicópata secundario, como aquél que posee un estilo de comportamiento antisocial, preservando capacidad para sentir culpa y afecto. De esta manera, se ha incidido también, en el término de Psicopatía subclínica o con éxito, para referirse a aquellos individuos que no cometen delitos o cuyos delitos acaban por no descubrirse, diferenciándose de los denominados psicópatas sin éxito. Para poder comprender más acerca de la personalidad y comportamiento psicopático, se ha destacado también la importancia de los sistemas de inhibición (BIS) y aproximación (BAS) conductual, estando relacionados con las dimensiones de ansiedad e impulsividad respectivamente. Finalmente, se han establecido relaciones entre las tipologías de agresividad, destacando una instrumental/proactiva y otra reactiva/impulsiva, con los diferentes tipos de psicopatía, relacionándose la instrumental con el Factor I del PCL-R, y la reactiva con el correspondiente Factor II del PCL-R.

**Palabras clave:** Psicopatía, PCL-R, Trastorno Antisocial de la Personalidad, sistemas aproximación e inhibición conductual, agresividad

## Abstract

The aim of this review is to establish the fundamental differences between Psychopathy and Antisocial Personality Disorder, to determine the differences between the types of Psychopathy, relating them to the behavioural inhibition and approach systems, and define the subclinical Psychopathy concept, as well as to show the relationship between aggressiveness and Psychopathy. For this purpose, a review has been made of the different definitions of Psychopathy that have emerged throughout history, establishing it

as a different construct from Antisocial Personality Disorder and using Hare's PCL-R scale for its definition, which helps to clarify that concept. In addition, the different typologies of Psychopathy have been also highlighted, defining primary psychopath as one who lacks empathy and remorse, and the secondary psychopath as one who possesses an antisocial behavioural style, preserving the ability to feel guilt and affection. In this way, the term of subclinical or successful Psychopathy has been also used to refer to those individuals who don't commit crimes or whose crimes go undiscovered, differentiating themselves from the so-called unsuccessful psychopaths. In order to understand more about psychopathic personality and behaviour, the importance of the behavioural inhibition (SIC) and approach (SAC) systems has been also emphasized, being related to the dimensions of anxiety and impulsivity respectively. Finally, relationships have been established between the types of aggression, highlighting instrumental/proactive and one reactive/impulsive, with different types of Psychopathy, linking the instrumental with Factor I of the PCL-R, and the reactive with the corresponding Factor II of the PCL-R.

**Keywords:** Psychopathy, PCL-R, Antisocial Personality Disorder, behavioural approach and inhibition systems, aggressiveness

## **1. Introducción a la Psicopatía**

Uno de los problemas con el que nos solemos encontrar, es con la confusión entre Trastorno Antisocial de la Personalidad y la Psicopatía. Conviene aclarar, que ambos trastornos de la personalidad no son tan comunes como las personas tienden a pensar, puesto que cuando nos encontramos con alguien frío y poca empatía, tiende a ponérsele la etiqueta de psicópata, o bien cuando nos encontramos con un criminal que ha cometido un delito de sangre en donde puede apreciarse la frialdad de sus actos (López y Núñez Gaitán, 2008). Por ello, debe tenerse en cuenta que la relación existente entre el Trastorno de la Personalidad Psicopática y el Trastorno de la Personalidad Antisocial, es desproporcionada debido a que aproximadamente un 90% de criminales con personalidad psicopática cumplen criterios para el TAP, pero solamente un 25% de los mismos, podrían ser diagnosticados de Psicopatía según la Psychopathy Checklist-Revised (PCL-R) (Hare, 2003). De hecho, en el caso de la Psicopatía, se sabe que ésta puede darse entre un 1% y 2% de la población (Torrubia & Fuentes, 2008).

La Psicopatía es un término que ha sido definido por diversos autores a lo largo de la historia, y entre ellos, destaca la definición de un autor que describe al psicópata como un sujeto sin sensibilidad, inmaduro emocionalmente, con escasa profundidad en los afectos, sin capacidad de sentir emociones como miedo o ansiedad, y sin la oportunidad de que tanto los refuerzos como los castigos surtiesen efecto alguno sobre su conducta (Karpman, 1961). Además, otros de los autores definen al psicópata como el que carece de cualquier tipo de respuesta afectiva hacia las demás personas (Cleckley, 1941), estableciendo una serie de características para definir la Psicopatía, tal y como se puede ver reflejado en la Tabla 1; de hecho, indica en su obra cómo los sujetos psicópatas tienen un intelecto intacto, lo cual conlleva a que sepan la manera de actuar ante las normas, no siendo capaces de experimentar aquéllas emociones relacionadas con lo que está bien y mal (Cleckley, 1941).

**Tabla 1***Características Psicopatía (Cleckley, 1941)*

1.Encanto externo y notable inteligencia	9.Egocentrismo patológico e incapacidad para amar
2.Inexistencia de alucinaciones y otras manifestaciones de pensamiento irracional	10. Gran pobreza de reacciones afectivas
3.Ausencia de nerviosismo	11.Pérdida específica de intuición
4.Indigno de confianza	12.Irresponsabilidad en las relaciones interpersonales
5.Mentiras e insinceridad	13.Comportamiento fantástico
6.Falta de sentimientos de culpabilidad y de vergüenza	14.Amenazas de suicidio raramente cumplidas
7.Conducta antisocial sin aparente remordimiento	15.Vida sexual impersonal, trivial y poco integrada
8.Razonamiento insuficiente y falta de capacidad para aprender de la experiencia vivida	16.Incapacidad para seguir cualquier plan de vida

Otra de las definiciones para describir la Psicopatía, es la proporcionada por la Psychopathy Checklist Revised (PCL-R), considerándose como psicópatas aquéllos que obtengan una puntuación superior a 30 en la misma (Hare, 1991). Para poder establecer una definición de Psicopatía, Hare (1991), distingue dos factores y una serie de ítems, tales como el Factor I (Personalidad) y Factor II (Desviación social) tal y como se muestra en la Tabla 2 a continuación.

**Tabla 2***Ítems y Factores de la escala PCL-R (Hare, 1991)*

FACTOR I (PERSONALIDAD)	1.Locuacidad/Encanto superficial
	2.Grandioso sentimiento de autovalía
	4.Mentira patológica
	5.Manipulador
	6.Falta de remordimiento/Culpa
	7.Afecto superficial
	8.Crueldad/Falta de empatía
	16.No acepta la responsabilidad de sus actos
FACTOR II (DESVIACIÓN SOCIAL)	3.Necesidad de estimulación
	9.Estilo de vida parásito
	10.Escaso autocontrol
	12. Precocidad en mala conducta
	13.Sin metas realistas
	14.Impulsividad
	15.Irresponsabilidad
	18.Delincuencia juvenil
19.Revocación de la libertad condicional	
NO PERTENECEN A NINGUN FACTOR	11.Conducta sexual promiscua
	17.Muchas relaciones maritales breves
	20.Versatilidad delictiva

Por su parte, Hare (1991) define al psicópata como un depredador de su especie que utiliza el encanto superficial en las relaciones, la capacidad de manipular, la intimidación y la violencia para controlar a los demás y conseguir lo que se proponga de los demás, sin sentir culpa o remordimiento por ello. Así mismo, Hare (1984) diferencia entre el psicópata primario, secundario y el disocial, siendo el primario fruto de las características expuestas por Cleckley; el secundario se caracteriza por su capacidad de sentir culpa y ansiedad; sin embargo, el disocial se caracteriza por su comportamiento antisocial debido a causas sociales y capacidad de experimentar remordimiento (Torrubia, 1987).

En la línea de lo anterior, conviene destacar dos sistemas, el BAS y el BIS, siendo el primero, el sistema de activación del comportamiento (BAS), el cual reacciona a señales como el sistema de recompensas, guiando al sujeto hacia lo que quiere obtener, y estando su funcionamiento relacionado con la impulsividad y emociones positivas (Corr, 2004), sin embargo el sistema de inhibición del comportamiento (BIS) responde a señales aversivas y al castigo, estando relacionado con la dimensión de ansiedad (Corr, 2004); de este modo, evidencias han logrado establecer una relación entre Psicopatía y ambos sistemas, relacionándose el denominado psicópata primario con una actividad del BIS baja, y el psicópata secundario con una actividad elevada del BAS (Newman et al., 2005).

Después de este recorrido histórico, conviene dejar claro que la Psicopatía no es una enfermedad mental que afecte a la capacidad de darse cuenta, de hecho, mantienen contacto con la realidad y no les importa las repercusiones de sus acciones (Hare, 2003); saben que su comportamiento no es el adecuado, pero aún así, actúan de esa manera porque priorizan sus intereses (Hare, 2003; Arias & Ostrosky-Solis, 2008). De esta manera, conviene destacar el denominado psicópata subclínico, para referirse a aquél que no delinque o bien que no acaba teniendo contacto con la justicia (Jakobwitz, Egan, 2006, citado en Horcajo Gil, 2014). El psicópata subclínico presenta las mismas características que el psicópata, exceptuando la conducta criminal, viviendo adaptados a la sociedad, llegándose a considerar más inteligentes que el psicópata ordinario, ya que son capaces de entender las emociones de los demás y simularlas (Cleckley, 1976).

Otro de los aspectos a tratar en este trabajo, es la agresividad en relación con la Psicopatía. La agresividad puede definirse como una conducta básica en el ser humano en la que están implicados diversos factores manifestados tanto a nivel cognitivo, en las

emociones y en el plano físico y social del individuo (Huntingford & Turner, 1987). La agresividad y comportamiento violento se pueden manifestar en dos formas: la reactiva o impulsiva, no planificada, y otra más premeditada o instrumental cuyo objetivo es obtener algo (Arias & Ostrosky-Solis, 2008). Hay estudios que evidencian la relación entre agresión reactiva y Factor 2 del PCL-R (Patrick et al., 1997); sin embargo, en el caso de la agresividad proactiva se relaciona con puntuaciones altas en características psicopáticas (Loper, Hoffschmidt & Ash, 2001), estando relacionada con el Factor 1 del PCL-R (Patrick, Zempolich, Levenston, 1997). Para poder explicarla más detenidamente, nos basaremos por una parte en el Modelo Cognitivo Integrativo (Wilkowski & Robinson, 2010) y en un modelo propuesto por Blair (1995) basado en el Mecanismo de Inhibición de la violencia (VIM).

## 2. Método

Este trabajo trata de llevar a cabo una búsqueda inversa de información perteneciente a literatura científica disponible acerca de aspectos significativos para el tema a tratar. Consiste en un estudio detallado, específico y que engloba diversa y variada información encaminada a resolver los objetivos posteriormente descritos, para así poder entender mejor el concepto de Psicopatía y las diferencias con el Trastorno de personalidad antisocial, diferenciar entre las tipologías de Psicopatía y su relación con los sistemas de inhibición y aproximación conductual, BIS y BAS respectivamente, y por último se tratará de abordar el tema de la agresividad relacionado con el constructo de interés.

Para la revisión bibliográfica, se han utilizado bases de datos especializadas como PubMed, Google Académico, Dialnet, seleccionando artículos en castellano y en inglés. Los términos utilizados para la selección de artículos han sido: Psicopatía, PCL-R, Psychopathy, Trastorno Antisocial de la personalidad... utilizando también ciertos marcadores *booleanos* “y” “and” para la unión de conceptos de interés. En cuanto a la fecha de publicación de los artículos empleados, algunos son antiguos, desde 1976 hasta 2020, dando importancia tanto a los primeros como a los más actuales.

### **3. Objetivos**

Los objetivos que se pretenden alcanzar con este trabajo son:

- Definir el concepto de Psicopatía
- Establecer las diferencias fundamentales con el Trastorno de la Personalidad Antisocial
- Diferencias entre las tipologías de Psicopatía primaria y secundaria
- Definir el concepto de Psicopatía subclínica o psicópata integrado
- Definir los sistemas de inhibición y aproximación conductual (BIS y BAS) y establecer la relación de ambos con la Psicopatía
- Definir el concepto de agresividad y establecer la relación existente con Psicopatía.

### **4. Psicopatía y Trastorno de la Personalidad Antisocial**

#### **4.1 Definición de Psicopatía**

Para hablar de Psicopatía conviene no dejar de lado la escala PCL-R (Psychopathy Checklist Revised) que engloba una serie de ítems, los cuales ayudan a definir claramente lo que realmente es la Psicopatía. Dicha escala se divide en dos factores, el factor I: referente al ámbito de la personalidad y el factor II: referido al comportamiento, en este caso desviado (Hare, 1991). Además, para el diagnóstico de Psicopatía, se tienen en cuenta una serie de subfactores tal y como se observa en la Tabla 3, como la Faceta 1 (interpersonal: 1, 2, 4, 5); Faceta 2 (frialdad emocional: 6, 7, 8, 16); Faceta 3 (estilo de vida inadecuado: 3, 9, 13, 14, 15); Faceta 4 (antisocialidad: 10, 12, 18, 19, 20) (Hare, 2003). De hecho, los 20 ítems se valoran teniendo en cuenta datos de una entrevista que es semiestructurada y también teniendo en cuenta datos complementarios adquiridos por diferentes medios (Hare, 2003). Para el diagnóstico de Psicopatía como tal, el sujeto ha de obtener una puntuación de 30 sobre un máximo de 40 puntos (Hare, 2003).

**Tabla 3***Los 20 rasgos del Psicópata Puro de Hare (2003)*

Factor 1 Interpersonal/Afectivo	Faceta I Interpersonal	1.Locuacidad y encanto superficial 2.Sentido desmesurado de la autovalía 4.Mentisoso patológico 5.Estafador/engañador y manipulador
	Faceta II Afectiva	6.Ausencia de remordimiento o sentimientos de culpa 7.Afecto superficial y poco profundo 8.Insensibilidad afectiva y ausencia de empatía 16.Incapacidad para aceptar la responsabilidad de sus actos
Factor 2 Desviación Social	Faceta III Estilo Impulsivo/Irresponsable	3.Necesidad de estimulación y tendencia al aburrimiento 9.Estilo de vida parasitario 13.Ausencia de metas realistas a largo plazo 14.Impulsividad 15.Irresponsabilidad
	Faceta IV Antisocial	10.Pobre autocontrol de sus conductas 12.Problemas de conducta en la infancia 18.Delinuencia juvenil 19.Revocación de la libertad condicional 20.Versatilidad criminal
Rasgos independientes		11.Conducta sexual promiscua 17.Frecuentes relaciones maritales de corta duración

En cuanto a la aplicación del PCL-R, en un estudio se evaluó a una muestra de personas condenadas por delitos de homicidio y asesinato, obteniéndose unos resultados que demostraban que un 55% de ellos cumplían con las características de Psicopatía, destacando puntuaciones más altas en la Faceta 2, referente al plano afectivo de los mismos (Perez Milan et al., 2012).

Además, cabe destacar cómo gracias a las aportaciones de Cleckley y Hare, se conceptualizó el término de Psicopatía como un entramado de características (Dujo & Horcajo-Gil, 2017):

- Cognitiva: egocentrismo, percepción desproporcionada de valía, ver el mundo como cruel.

- Emocional: Ausencia de capacidad para aprender del castigo, problema en cuanto al procesamiento de estímulos afectivos.

- Relaciones interpersonales: relaciones con los demás fundadas en el dominio y manejo de los demás.

## **4.2 Tipologías dentro de la Psicopatía**

Ahora bien, dentro de la Psicopatía, podemos hablar de diferentes tipologías como la Psicopatía primaria y secundaria (Hare, 1984). Primeramente, la Psicopatía primaria está caracterizada fundamentalmente por la ausencia de culpa, carencia de empatía y por tanto las personas que puntúen alto en la misma, tendrán más probabilidad de llevar a cabo delitos (Bueno, 1990, citado en López Miguel & Núñez Gaitán, 2008) ejerciéndolos con mayor violencia (Eysenck y Eysenck, 1976); por su parte, la Psicopatía secundaria se caracteriza por poseer una serie de características ambientales que predisponen al sujeto a tener un comportamiento antisocial, teniendo la capacidad de experimentar culpa y afecto por los demás (Torrubia, 1987). De hecho, ciertos estudios han podido comprobar que las personas que tenían altas puntuaciones en el Factor I, y que eran sometidos a terapias en donde el objetivo era crear un vínculo entre la persona y su terapeuta, el resultado no era tal y como se esperaba, ocurriendo en el caso de los denominados psicópatas primarios, sin embargo, en el caso de los psicópatas secundarios, éstos obtenían puntuaciones altas en el Factor II y la terapia y tratamiento farmacológico eran más efectivos (Stone, 1993, citado en López Miguel & Núñez Gaitán, 2008). Todo esto parece confirmar que los ítems del Factor I tienen una relación negativa en cuanto a la capacidad empática, sin embargo, tiene una relación directa con egoísmo, narcisismo y maquiavelismo (Hare, 1991); a su vez, el Factor II del PCL-R presenta una relación directa con características para el Trastorno de la Personalidad Antisocial (Hare, 2003) y también con rasgos como la conducta impulsiva, agresión y la necesidad de estimulación nueva (Hare, 1991).

## **4.3 Trastorno de la personalidad antisocial**

Por consiguiente, todas estas distinciones que se han ido estableciendo en párrafos anteriores, nos posibilita ir viendo las diferencias entre la Psicopatía y el TAP, puesto que la definición de Trastorno de Personalidad Antisocial o Disocial viene a definir los parámetros de la Psicopatía como disfunciones en el comportamiento, antisocialidad, sin que existan alteraciones en el área emocional, a diferencia de la Psicopatía, en la que destacan alteraciones en el plano afectivo-emocional (Blair, 2003). Así mismo, nos encontramos con el Trastorno Antisocial de la personalidad, que según el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales en su 4ª edición revisada (APA, 2002) lo define como un “patrón general de desprecio y violación de los derechos de los

demás, que comienza en la infancia o el principio de la adolescencia y continúa en la edad adulta” (p. 784) con una serie de características tal y como se muestra en la Tabla 4.

**Tabla 4**

*Trastorno Antisocial de la Personalidad (APA, 2002)*

CRITERIOS PARA EL DIAGNOSTICO DEL TRASTORNO ANTISOCIAL DE LA PERSONALIDAD
A. Un patrón general de desprecio y violación de los derechos de los demás que se presenta desde la edad de 15 años, como lo indican tres (o más) de los siguientes ítems: 1. Fracaso para adaptarse a las normas sociales en lo que respecta al comportamiento ilegal, como lo indica el perpetrar repetidamente actos que son motivo de detención. 2. Deshonestidad, indicada por mentir repetidamente, utilizar un alias, estafar a otros para obtener un beneficio personal o por placer. 3. Impulsividad o incapacidad para planificar el futuro. 4. Irritabilidad y agresividad, indicados por peleas físicas repetidas o agresiones. 5. Despreocupación imprudente por su seguridad o la de los demás. 6. Irresponsabilidad persistente, indicada por la incapacidad de mantener un trabajo con constancia o de hacerse cargo de obligaciones económicas. 7. Falta de remordimientos, como lo indica la indiferencia o la justificación del haber dañado, maltratado o robado a otros. B. El sujeto tiene al menos 18 años. C. Existen pruebas de un trastorno disocial que comienza antes de la edad de 15 años. D. El comportamiento antisocial no aparece exclusivamente en el transcurso de una esquizofrenia o un episodio maniaco.

En consecuencia, ha podido verse que en población penitenciaria hay gran cantidad de personas con trastornos de la personalidad (60%) destacando el Trastorno Antisocial de la Personalidad con un 47% de prevalencia en varones y 21 % de prevalencia en mujeres (Fazel, Danesh, 2002, citado en Esbec & Echeburúa, 2010). Así mismo, otras investigaciones, en este caso en España, han corroborado que existe un 60% de internos con un trastorno de la personalidad, entre los que se encuentra en mayor medida la presencia de un trastorno de la personalidad antisocial (30%) frente a otros trastornos con menor presencia (Álvaro, 2007, citado en Esbec & Echeburúa, 2010); de hecho, en la justicia penal española, ha podido comprobarse que el trastorno de la personalidad más abundante entre varones que han cometido algún delito, es el TAP con una prevalencia del 39,14% (González-Guerrero, 2007, citado en Esbec & Echeburúa, 2010).

#### **4.4 Diferencias entre Psicopatía y TAP**

La Psicopatía ha dado lugar como bien he mencionado anteriormente, a muchas confusiones con otros trastornos que comparten características con la misma. El primer autor que ha hecho referencia a la Psicopatía, se había referido a personas que poseían respuestas afectivas diferentes al resto, con mucha impulsividad pero con consciencia sobre sus actos (Pinell, 1801-1862, citado en López Miguel & Núñez Gaitán, 2008)

Por tanto, se incide en que la sociopatía está más relacionada con aspectos sociales, cobrando gran importancia la etapa de la infancia, mientras que en la Psicopatía inciden aspectos mayormente genéticos, psíquicos y neurobiológicos (Hare, 2003); de esta manera, conviene subrayar que el Trastorno de la Personalidad Antisocial o Disocial, está más relacionado con el factor conductual de Psicopatía, mientras que la Psicopatía primaria conlleva a una persona con un temperamento determinado (Garrido, 2005, citado en López Miguel y Núñez Gaitán, 2008 ) debido a evidencias que demuestran la presencia de ciertas alteraciones neurobiológicas, como el menor volumen en el lóbulo frontal (hasta un 11% menos que la población normal) y ciertas disfunciones en la amígdala , lo que hace que su respuesta afectiva sea inesperada (Raine & Lencz, 2000). Cabe mencionar que en ámbitos de justicia el Trastorno de la Personalidad Antisocial es sobrediagnosticado, no siendo válido, a diferencia de la Psicopatía ya que su diagnóstico requiere de gran formación por parte del profesional teniendo una gran capacidad de predecir posibles crímenes y la capacidad de reincidir (Esbec y Echeburúa, 2010).

De hecho, el Trastorno de la Personalidad Antisocial está descrito en el DSM-V, haciendo hincapié en el comportamiento antisocial, no teniendo en cuenta la Psicopatía, la cual incluye características emocionales y del plano de relaciones a nivel interpersonal, características antisociales y forma de vida (Esbec & Echeburúa, 2010).

Después de haber establecido las principales diferencias entre el TAP y Psicopatía, conviene no dejar de lado a los denominados psicópatas subclínicos, los cuales pasan más desapercibidos en la sociedad, puesto que no suelen cometer actos criminales, aunque sí son capaces de hacer daño a personas que tienen a su alcance (Horcajo Gil, 2014).

#### **4.5 Psicópatas con éxito vs psicópatas sin éxito**

Los psicópatas subclínicos/exitosos son los individuos que no cometen delitos o cuyos delitos acaban por no descubrirse (Jakobwitz, Egan, 2006, citado en Horcajo Gil, 2014). De esta manera ha nacido el modelo denominado “Tríada oscura de la personalidad”, que

engloba a ciertos rasgos como el maquiavelismo, narcisismo y la Psicopatía subclínica o con éxito (Jakobwitz, Egan, 2006, citado en Horcajo Gil, 2014).

Para poder comprender bien qué diferencia a un psicópata exitoso del no exitoso, es importante saber que el menor funcionamiento del córtex prefrontal da lugar a un comportamiento más violento, puesto que es el encargado del autocontrol y comportamiento impulsivo (Raine, 2000). De ahí que se sospeche que los psicópatas con éxito poseen una estructura prefrontal más o menos intacta que les otorga de ciertos recursos para ejercer control en sus relaciones interpersonales y una cierta capacidad de tomar decisiones correctamente, sin embargo, existe otro tipo de psicópata que sí muestra una disminución del volumen de la corteza prefrontal y un aumento en la zona subcortical, lo cual provoca que actúen de manera más impulsiva, a diferencia de los psicópatas con éxito (Raine, 2000). Como resultado, ha podido comprobarse que los denominados psicópatas sin éxito tenían una reducción del 22,3% en el área prefrontal (Yang, Raine, Lencz, 2005, citado en Horcajo Gil, 2014), a diferencia de los psicópatas subclínicos, los cuales no tienden a cometer delitos, viven socialmente adaptados, destacando por ser competitivos, manipuladores y llegando a interferir de manera negativa en las personas que tiene a su lado (Horcajo Gil, 2014). Por tanto, es el buen funcionamiento del córtex prefrontal, el que permite a los denominados psicópatas con éxito tener recursos para poder tomar decisiones no impulsivas, y poder eludir las consecuencias legales (Horcajo Gil, 2014).

## **5. Sistemas de inhibición y aproximación conductual**

### **5.1 Definición de BIS y BAS**

En cuanto al tema de interés y en relación con lo anterior, cabe señalar la importancia de los sistemas de activación e inhibición del comportamiento, el BAS y el BIS. Por su parte, el sistema de activación del comportamiento (BAS) es el encargado de reaccionar a ciertas señales como el sistema de recompensas, guiando a la persona hacia lo que quiere obtener, y dependiendo su funcionamiento de las fibras dopaminérgicas que incluyen el mesencéfalo, el núcleo del tálamo y ciertas áreas neocorticales en donde cobra especial importancia el córtex prefrontal (Corr, 2004); el

funcionamiento del BAS está en relación con la dimensión de la impulsividad y con el plano de las emociones positivas (Corr, 2004). De esta manera, ciertos estudios han evidenciado que los psicópatas tienen un volumen menor respecto a la sustancia gris de la corteza orbito-frontal (Raine et al., 2000) pudiendo dar lugar a comportamientos impulsivos, a poder actuar de manera irresponsable, a no respetar las normas, y por tanto, derivando en actos agresivos (Raine, 2000).

A su vez, el sistema de inhibición de comportamiento (BIS) es el encargado de reaccionar a señales aversivas y de responder al castigo, dependiendo su funcionamiento de la zona septohipocámpica y estando en relación con los afectos negativos y con la dimensión de la ansiedad (Corr, 2004). Como consecuencia, las alteraciones en la amígdala pueden dificultar el aprendizaje en base a la experiencia, eludir el miedo y el reconocimiento de estímulos emocionales (Raine, 2000).

De esta manera, las disfunciones en el cerebro que están relacionadas con la conducta violenta son, por una parte, el córtex prefrontal, asociado con la dificultad en la inhibición conductual, la escasez en cuanto a planificar y en tener en cuenta las repercusiones cuando se lleva a cabo, y por otra parte, se encuentra la amígdala, relacionada con la ausencia de capacidad empática y en el control emocional, dando lugar a comportamientos impulsivos (Arias & Ostrosky-Solis, 2008)

## **5.2 Relación entre BIS, BAS y tipologías de Psicopatía**

En efecto, hay estudios que evidencian que la Psicopatía primaria se relaciona con la hipoactivación del BIS, a diferencia del BAS, que no muestra diferencias significativas respecto al grupo control (Newman & MacCoon, 2005), algo que no sucede en el caso de la Psicopatía secundaria, puesto que se ha relacionado con la hiperactivación en este caso, del BAS (Newman & MacCoon, 2005). Dicho esto, parece que los psicópatas primarios tienen un sistema de inhibición comportamental más débil en cuanto al miedo, a diferencia de los psicópatas secundarios, en donde el BAS parece encontrarse más activado que en población normal y por tanto más tendente a la obtención de recompensas (Lykken, 1995).

### ***5.2.1 Psicopatía primaria y BIS***

Hay estudios basados en la aplicación del reflejo de sobresalto en donde se expone al sujeto a una serie de imágenes con contenido emocional tanto agradable como desagradable, al mismo tiempo que se presentan sonidos no esperados de tipo aversivo cuyo fin es comprobar si aumenta o disminuye el reflejo de sobresalto a causa del estímulo sonoro aversivo, teniendo en cuenta la imagen que se está presentando (Lang, 1994-1995 et al., citado en López- Penadés, 2010). De este modo, ha podido comprobarse que en el caso de Psicopatía, presentan una dificultad en poner en marcha el sistema motivacional aversivo/defensivo, así como en procesar información emocional, estando en estrecha relación con el Factor I del PCL-R (Pastor et al., 2003) debido a que esta función depende de la amígdala (Angrilli et al., 1996, Davis, 1992, citado en López-Penadés, 2010); además, otros de los estudios basados en el reflejo de sobresalto, sugieren que la amígdala en el caso de los psicópatas no reacciona según lo esperado, interfiriendo en la capacidad de alcanzar la respuesta de miedo (Flor et al., 2002, citado en López-Penadés, 2010) dándose en aquellos que puntúan más en el factor I del PCL-R (Pastor et al., 2003).

### ***5.2.2 Psicopatía secundaria y BAS***

A su vez, en el caso de la Psicopatía secundaria, parece que la ansiedad es una de las características significativas, al contrario que en la Psicopatía primaria (Hale et al., 2004, citado en Salvador, Fernández-Alonso, Arce, 2016); en este caso, hablamos de un perfil con más características de antisocialidad, existiendo relación con un comportamiento criminal prolongado (Hare, 2003) y con comportamientos impulsivos, agresivos y de búsqueda de sensaciones nuevas (Hare, 1991). Así mismo, ciertos estudios han evidenciado que aquellos sujetos con un alto grado de antisocialidad, tenían más errores de evitación pasiva en una tarea de diferenciación go/no go, no teniendo la capacidad de controlar sus respuestas frente a señales de castigo (Widom y Newman, 1985); del mismo modo, otro de los estudios mostró que la incapacidad de controlar las respuestas por parte de los psicópatas, está en relación con el componente de desviación social, y por tanto, con el Factor II del PCL-R no pareciendo estar relacionado con el Factor I del PCL-R, referente al plano afectivo e interpersonal en Psicopatía (Moltó et al., 2007, citado en López-Penadés, 2010).

## **6. Agresividad y Psicopatía**

### **6.1 Definición de Agresividad y Teorías de la Agresividad humana**

Otro de los aspectos a tratar en cuanto a la Psicopatía, es el tema de la agresividad, diferenciando entre los tipos de la misma y cómo se relacionan con la Psicopatía. Es necesario recalcar que la manera en la que se desarrolla y se modifica la conducta agresiva es de gran interés, puesto que tiene repercusiones en las personas y a nivel social.

La conducta agresiva tiene sus inicios en la infancia, pudiendo intensificarse en la adolescencia, bajando su intensidad a la par que la persona se acerca a la edad adulta (Dodge y McCourt, 2010); de hecho, el estudio de la misma, es de gran relevancia, ya que la existencia de comportamientos agresivos a edades tempranas, predicen comportamientos criminales, inadaptación a nivel social y problemas en la hora de relacionarse con los demás en edades más tardías (Odgers y Russell, 2009). Por ello, conviene saber que la agresividad es una conducta básica en el ser humano, en la que están implicados diversos factores manifestados tanto a nivel cognitivo, en las emociones y en el plano físico y social del individuo (Huntingford & Turner, 1987). Al hablar de agresividad, conviene no dejar de lado la ira, la cual consiste en la conciencia acerca de los diversos cambios a nivel fisiológico asociados a la respuesta de agresión, como son las respuestas a nivel motor que pueden tener lugar, así como pensamientos y recuerdos por la existencia del suceso (Berkowitz, 1996), diferenciándose de la agresión, la cual constituye la manera de actuar ante determinadas situaciones (Berkowitz, 1996). Por último, la hostilidad, es un compuesto de cogniciones de carácter negativo que propician conductas agresivas (Spielberger et al., 1983).

Para poder explicar más detenidamente el concepto de agresividad, se mencionarán algunas de las teorías explicativas como la teoría del Mecanismo de Inhibición de la Violencia (Blair, 1995) y el Modelo Cognitivo Integrativo (Wilkowski y Robinson, 2010). De este modo, Wilkowski y Robinson (2010) desarrollan el Modelo Cognitivo Integrativo, teniendo en cuenta tres aspectos a nivel cognitivo para poder determinar diferencias particulares en cuanto a la ira y agresividad reactiva. Dichos aspectos son: interpretaciones hostiles, la rumiación y el autocontrol. Respecto a la interpretación hostil, los sujetos tendentes a ira y agresividad reactiva, interpretan automáticamente situaciones o estímulos neutros como hostiles, dando lugar a reacciones de ira y comportamiento

agresivo. La ira funciona como mediador entre dichas interpretaciones y la conducta agresiva. En cuanto a la rumiación, se trata de un proceso atencional que retroalimenta pensamientos y sentimientos hostiles dando lugar a que la ira y agresividad se hagan más intensas y duraderas. El autocontrol trata de paralizar la ira y agresividad tipo reactiva, permitiendo que el sujeto pueda regularse, no dándose en aquellos sujetos que poseen rasgos de ira altos. El autocontrol esforzado trata de reinterpretar la situación para que tanto la interpretación hostil como el proceso rumiativo no se produzcan, así como la respuesta agresiva.

Por su parte, Blair (1995) establece un modelo cognitivo para explicar la Psicopatía basado en el Mecanismo de Inhibición de la Violencia (VIM). El VIM es un mecanismo que inhibe la conducta violenta respecto a aspectos no verbales percibidos en el otro sujeto. Sin embargo, con la activación del VIM, no supone la inhibición total de la conducta, ya que no es el único mecanismo que tiene control sobre la conducta humana. En la activación de dicho mecanismo influye el grado de intensidad del estímulo percibido. Además, el VIM da lugar a ciertas emociones denominadas morales como son la culpa, empatía, control de comportamientos violentos y el poder diferenciar entre las normas convencionales y morales. Los aspectos de malestar activarán el VIM, dando lugar a la inhibición de la conducta junto a una respuesta emocional aversiva, la culpa, reduciéndose la posibilidad de volver a repetir la conducta. La no activación del VIM es en parte debido a una disfunción fisiológica o a un déficit en las experiencias tempranas en la etapa de socialización. Este problema da lugar a la falta de empatía y de emociones morales, así como el no inhibir conductas de tipo agresivo una vez que ya han comenzado. La ausencia de capacidad empática, de arrepentimiento, el no diferenciar entre una transgresión moral y convencional, la conducta agresiva temprana, son características presentes en Psicopatía y están vinculadas a la carencia de VIM, sin embargo, la carencia de VIM, no supone directamente el desarrollo de Psicopatía. En la Psicopatía, al no activarse el VIM, no experimentan el malestar de la víctima (Blair, 1995), justificando sus acciones, quitándole importancia tanto a las consecuencias de sus actos, dando lugar a que ellos mismos se presenten como víctimas del suceso (Hare, 2003)

## **6.2 Agresividad reactiva y agresividad proactiva**

De este modo, la agresividad y comportamiento violento se puede manifestar en dos formas: la reactiva o impulsiva, no planificada, y otra más premeditada o

instrumental, cuyo objetivo es obtener algo (Arias & Ostrosky-Solis, 2008). Por una parte, la agresión reactiva sucede ante una amenaza bien real o bien imaginada, que suele dar lugar a la respuesta de ira, estando relacionada con una tolerancia a la frustración baja y una escasa capacidad de autorregulación emocional (Marsee & Frick, 2007); de hecho, las personas tendentes a este tipo de agresividad, interpretan automáticamente ciertas situaciones de manera hostil, percibiéndolas como amenazantes, que junto con el escaso control emocional, hacen que tengan este tipo de comportamiento agresivo (Dodge y Koie, 1987), estando relacionada con el Factor 2 del PCL-R (Patrick et al., 1997). A su vez, la agresividad proactiva destaca por la frialdad y su premeditación en cuanto a obtener algún beneficio (López-Romero, Romero y González-Iglesias, 2011), existiendo relación entre este tipo de agresividad y ciertas características como la falta de empatía, instrumentalización de los demás, pobreza de las emociones, (Frick y Dickens, 2006) y presentando una correlación positiva con el Factor 1 del PCL-R (Patrick, Zempolich, Levenston, 1997); de hecho cabe destacar que este tipo de agresividad, está presente sobre todo en adolescentes, dándose un tipo de agresividad proactivo junto con puntuaciones altas en características psicopáticas (Loper, Hoffschmidt y Ash, 2001), más que en aquellos sujetos tendentes a un tipo de agresividad reactiva (Kruh et al., 2005).

### **6.3 Relación entre agresividad y Psicopatía**

En diversas ocasiones, tiende a pensarse que la agresividad ejercida por los psicópatas es de manera impulsiva, reactiva y suele ser todo lo contrario, destacando en su conducta un tipo de violencia ejercida de manera calculadora y premeditada (Hare, 2003). De hecho, como consecuencia de la disfunción en el córtex prefrontal, llevan a cabo los actos según sus intereses (Torrubia & Fuentes, 2008), pudiendo fingir que sienten el mal causado, cuando solo se trata de una estrategia para conseguir algún beneficio (Hare, 2003). A su vez, cabe destacar que son sujetos carentes de capacidad introspectiva, teniendo consciencia de que sus conductas están mal, pero aún así, tienen prioridad sus intereses (Hare, 2003). Teniendo en cuenta lo mencionado anteriormente, cabe mencionar un estudio llevado a cabo con asesinos depredadores (ejercían agresividad con premeditación) y otros de tipo emocional (agresividad reactiva), en el que ha podido evidenciarse que en el caso de los segundos, el córtex prefrontal tenía un nivel de actividad bajo, algo que no sucedía en los de tipo depredador, quienes presentaban un correcto funcionamiento del córtex y autocontrol de su conducta, estando adaptado a los

fines que perseguían y manipulando a los demás para conseguir dichos fines; sin embargo, los asesinos de tipo emocional, al no tener ese autocontrol, manifestaban conductas de tipo impulsivo y agresivo (Raine et al., 1998)

## 7. Conclusiones

Uno de los problemas en la Psicopatía es su confusión a la hora de establecer un diagnóstico diferencial y poder diferenciarla de otros trastornos con los que comparte características, como es el caso del Trastorno de la Personalidad Antisocial, con el que comparte características mayormente conductuales o de comportamiento. Durante mucho tiempo se ha estado relacionando Psicopatía con el Trastorno de la Personalidad Antisocial, cuando éste destaca sobre todo por sus características comportamentales y su gran impulsividad a la hora de actuar, encontrándose su origen en aspectos sociales o experiencias infantiles, mientras que en el caso de la Psicopatía, ésta tiene sus raíces en aspectos puramente genéticos, neurobiológicos y psíquicos, con un temperamento predeterminado que destaca por su baja capacidad de experimentar ansiedad y miedo mayormente. A lo largo de la historia, ha habido varios intentos a la hora de definir el constructo de Psicopatía por parte de diversos autores, que a día de hoy son considerados como pioneros de la Psicopatía, en la investigación de la misma y en su evolución terminológica.

De hecho, uno de los instrumentos que han sido validados para la investigación en el campo de la Psicopatía, es el PCL-R, destacando Hare en la elaboración del mismo; por su parte, permite establecer el punto de corte a partir del cual un sujeto es considerado o no psicópata, ya que tiene en cuenta tanto características comportamentales como interpersonales y afectivas, contando con una serie de ítems que ejemplifican con claridad lo que puede ser una personalidad psicopática. De esta manera, han podido establecerse relaciones entre las características que define el PCL-R y las dos tipologías de Psicopatía; como bien se ha definido en el apartado discusión, estudios han podido evidenciar que aquéllos sujetos con puntuaciones altas en el Factor I, eran incapaces de crear un vínculo terapéutico, algo que ocurría en el caso de los psicópatas primarios, a diferencia de los psicópatas secundarios, quienes tenían puntuaciones altas en el Factor II, siendo la terapia

y tratamientos más efectivos (Stone, 1993, citado en López Miguel & Núñez Gaitán, 2008)

En relación con lo explicado anteriormente, dentro de la Psicopatía podemos diferenciar entre el psicópata primario, el cual destaca por su ausencia de empatía, frialdad y con mayor predisposición a delinquir (Bueno, 1990, citado en López Miguel & Núñez Gaitán, 2008). Del mismo modo, cabe destacar al denominado psicópata secundario que se caracteriza por la tendencia a un comportamiento antisocial, preservando capacidad para experimentar culpa y afecto (Torrubia, 1987). De hecho, hay diversas áreas que subyacen al comportamiento y emociones de los psicópatas, destacando el sistema de inhibición conductual (BIS) y de aproximación conductual (BAS) (Corr, 2004).

Por otra parte, y en estrecha relación con la Psicopatía, se encuentra el constructo de Agresividad, la cual tiene sus inicios en la infancia, pudiendo intensificarse en la adolescencia, bajando su intensidad a la par que la persona se acerca a la edad adulta (Dodge y McCourt, 2010). Debido a su gran relevancia, es conveniente saber diferenciarla y establecer relaciones respecto al constructo de interés, Psicopatía; por una parte, nos encontramos con la agresividad reactiva, caracterizada por su impulsividad y a su vez, otra de tipo instrumental, llevada a cabo de una manera más planificada (Arias & Ostrosky-Solis, 2008).

Para explicar más detenidamente la agresividad, son de gran utilidad, el Modelo Cognitivo Integrativo de Wilkowski y Robinson (2010) y la teoría del Mecanismo de Inhibición de la Violencia (VIM) de Blair (1995), los cuales ayudan a comprender cómo se produce la conducta agresiva y qué mecanismos funcionan como mediadores en la misma, tanto para inhibir dicha conducta o bien para intensificarla. Así mismo, me gustaría hacer hincapié en la importancia que han tenido en parte los modelos anteriores ya que así, han podido establecerse cambios en cuanto a la Psicopatía, puesto que siempre se ha asociado Psicopatía con una agresividad más impulsiva, cuando en verdad, la agresividad psicopática se caracteriza mayormente por llevarse a cabo de manera calculadora y con premeditación (Hare, 2003)

Finalmente, me gustaría mencionar algo de lo que he ido hablando a lo largo del trabajo, y es la importancia que a día de hoy tiene el saber definir claramente qué es y qué no es la Psicopatía, ya que llama la atención las diversas definiciones que se han hecho

de la misma y cómo los diversos autores que han ido contribuyendo a su conceptualización, han aportado características que hoy conforman su definición. Aún así, es conveniente seguir investigando y estudiando la Psicopatía, ya que es un constructo muy complejo, llamativo y difícil de percibir a simple vista, con muchas consecuencias a nivel social, puesto que muchos de los denominados psicópatas no acaban teniendo contacto con la justicia, y esto es de gran importancia. Sin embargo, esto no suele ocurrir en el caso del Trastorno de la Personalidad Antisocial, muy común en instituciones penitenciarias y que en comparación con la Psicopatía, es más fácil de percibir e intervenir en el mismo. Por tanto, es de vital importancia contar con instrumentos válidos y fiables que permitan evaluar íntegramente la Psicopatía, así como con profesionales que puedan estar al margen de la capacidad manipulativa característica en dichos sujetos. Por otra parte, cabe destacar el gran avance que ha supuesto la identificación de la denominada Psicopatía subclínica/con éxito, los cuales no tienden a cometer delitos, viven socialmente adaptados, destacando por ser competitivos, manipuladores y llegando a interferir de manera negativa en las personas que tiene a su lado (Horcajo Gil, 2014), algo que a priori parece ser premiado en la sociedad actual, lo que le permite actuar de manera planificada, manipulando y dañando a quienes tiene a su lado, y aún así, gozando de impunidad en sus acciones alevosas.

## **8. Limitaciones**

En cuanto a las limitaciones de este trabajo son varias. Por un lado, no se han empleado muchas ni diversas bases de datos. Por otro lado, no se ha encontrado gran información acerca de las tipologías de agresividad en relación a la Psicopatía, de hecho, algunas de las referencias empleadas no son muy actuales.

## 9. Bibliografía

- American Psychiatric Association (2002). DSM-IV-TR. Manual Diagnóstico y Estadístico de los trastornos Mentales. Texto Revisado. Barcelona: Masson.
- American Psychiatric Association. (5th Edition). (2013). *DSM-5. Diagnostic and Statistical Manual of mental disorders*. Washington, DC: Author
- Arias, G., N., & Ostrosky-Solis, F. (2008) Neuropsicología de la violencia y sus clasificaciones. *Revista Neuropsicología, Neuropsiquiatría y Neurociencias*, 8(1), 95-114.  
Recuperado de: [file:///C:/Users/Andrea/Dropbox/Mi%20PC%20\(LAPTOP-0H91AG2S\)/Downloads/Dialnet-NeuropsicologiaDeLaViolenciaYSusClasificaciones-3987506.pdf](file:///C:/Users/Andrea/Dropbox/Mi%20PC%20(LAPTOP-0H91AG2S)/Downloads/Dialnet-NeuropsicologiaDeLaViolenciaYSusClasificaciones-3987506.pdf)
- Becerra García, J.A. (2010). Actividad de los sistemas de aproximación e inhibición conductual y psicopatología. *Anuario de Psicología Clínica y de la Salud*, 6, 61-65. Recuperado de: [http://institucional.us.es/apcs/doc/APCS\\_6\\_esp\\_61-65.pdf](http://institucional.us.es/apcs/doc/APCS_6_esp_61-65.pdf)
- Berkowitz, L. (1996). *Agresión: causas, consecuencias y control*. Desclée de Brouwer S.A., Editorial
- Blair, R. R. (1995). A cognitive developmental approach to morality: Investigating the psychopath. *Cognition*, 57(1), 1-29. doi:10.1016/0010-0277(95)00676-P.
- Blair, R.J.R. (2003). Neurobiological basis of psychopathy. *The British Journal of Psychiatry*, 182(1), 5-7. doi: <https://doi.org/10.1192/bjp.182.1.5>
- Cleckley, H.M. (1941). *The Mask of Sanity: an Attempt to Reinterpret the So-Called Psychopathic Personality*. St. Louis, Missouri: C.V. Mosby. doi: [10.7326/0003-4819-33-5-1323\\_1](https://doi.org/10.7326/0003-4819-33-5-1323_1)
- Corr, P. J. (2004). Reinforcement sensitivity theory and personality. *Neuroscience and Behavioral Reviews*, 28(3), 317-332. Recuperado de: <https://reader.elsevier.com/reader/sd/pii/S0149763404001150?token=622F76B40B93F6B15BA15BE2BC6F29D827A14C44925152EF764C133682EAE689C8FF9BDDDB28A94EC9F03F5F918BC4AD9>
- Dodge, K. A., & McCourt, S. N. (2010). Translating models of antisocial behavioral development into efficacious intervention policy to prevent adolescent violence. *Developmental Psychobiology: The Journal of the International Society for Developmental Psychobiology*, 52(3), 277-285. doi: <https://doi.org/10.1002/dev.20440>

- Dodge, K.A., & Coie, J.D. (1987). Social information processing factors in reactive and proactive aggression in children's peer groups. *Journal of Personality and Social Psychology*, 53(6), 1146 – 1158. doi: 10.1037//0022-3514.53.6.1146
- Dujo, V., & Horcajo- Gil, P.H. (2017). La psicopatía en la actualidad: abordaje clínico-legal y repercusiones forenses en el ámbito penal. *Psicopatología Clínica, Legal y Forense*, 17(1), 69-88. Recuperado de: [file:///C:/Users/Andrea/Dropbox/Mi%20PC%20\(LAPTOP-0H91AG2S\)/Downloads/Dialnet-LaPsicopatiaEnLaActualidad-6674244%20\(1\).pdf](file:///C:/Users/Andrea/Dropbox/Mi%20PC%20(LAPTOP-0H91AG2S)/Downloads/Dialnet-LaPsicopatiaEnLaActualidad-6674244%20(1).pdf)
- Eysenck, H.J., & Eysenck, S.B.G. (1976). *Psychoticism as a dimension of personality*. London: Hodder and Stoughton
- Esbec, E; Echeburúa, E. (2010). Violencia y Trastornos de la personalidad: implicaciones clínicas y forenses. *Actas Españolas de Psiquiatría*, 38(5), 249-261. Recuperado de: <https://serproductivo.org/wp-content/uploads/2018/05/violencia-y-trastornos-de-la-personalidad.pdf>
- Frick. P.J., & Dickens, C. (2006). Current perspectives on conduct disorder. *Current Psychiatry Reports*, 8(1), 59 – 72. doi: 10.1007/s11920-006-0082-3
- Hare, R.D. (1984). *La psicopatía: teoría e investigación*. Barcelona: Herder.
- Hare, R.D; Hart, S.D; & Harpur, T.J. (1991). Psychopathy and DSM-IV criteria for the antisocial personality disorder. *Journal of Abnormal Psychology*, 100(3), 391-396. <https://doi.org/10.1037/0021-843X.100.3.391>
- Hare, R.D. (2003). *Sin conciencia*. Ediciones Paidós Iberia, Barcelona. Recuperado de: [https://puntocritico.com/ausajpuntocritico/documentos/Sin%20Conciencia%20\(Psicologia%20del%20Psicopata\)-Robert%20D%20Hare.pdf](https://puntocritico.com/ausajpuntocritico/documentos/Sin%20Conciencia%20(Psicologia%20del%20Psicopata)-Robert%20D%20Hare.pdf)
- Hare, R.D. (2003). *Manual for the Hare Psychopathy Checklist-Revised* (2nd ed), Multi-Health Systems, Toronto
- Horcajo Gil, P.J. (2014). Impulsividad, inteligencia y psicopatía. *Reduca (Recursos educativos)*, 6(1), 242-247. Recuperado de: <https://eprints.ucm.es/id/eprint/25497/1/Impulsividad%2C%20inteligencia%20y%20psicopat%C3%ADa.pdf>
- Huntingford, F. y Turner, A. (1987). *Animal conflict*. London: Chapman-Hall.

- Karpman, B. (1961). The structure of neurosis: with special differentials between neurosis, psychosis, homosexuality, alcoholism, psychopathy, and criminality. *Archives of Criminal Psychodynamic*, 4(4), 599-646.
- Kruh, I. P., Frick, P. J., & Clements, C. B. (2005). Historical and personality correlates to the violence patterns of juveniles tried as adults. *Criminal Justice and Behavior*, 32(1), 69-96. Recuperado de: <https://sites01.lsu.edu/faculty/pfricklab/wp-content/uploads/sites/100/2015/11/cjb2005-psychopathy-and-violence.pdf>
- Loper, A.B., Hoffschmidt, S.J., y Ash, E. (2001). Personality features and characteristics of violent event committed by juvenile offenders. *Behavioral Sciences and the Law*, 19(1), 81 – 96. doi: 10.1002/bsl.424
- López Miguel, M.L; Núñez Gaitán, M.C. (2008). Psicopatía versus Trastorno antisocial de la personalidad. *Revista Española de Investigación Criminológica*, 1(7), 1-17. <https://doi.org/10.46381/reic.v7i0.49>
- López Penadés, R. (2010). Déficit en el sistema motivacional aversivo en psicópatas subclínicos evaluados mediante el Psychopathic Personality Inventory-Revised (PPI-R) (Doctoral dissertation, Universitat Jaume I).
- López – Romero, L., Romero, E., & González – Iglesias, B. (2011). Delimitando la agresión adolescente: estudio diferencial de los patrones de agresión reactiva y proactiva [Delimiting adolescent aggression: a differential study patterns of reactive and proactive aggression]. *Revista Española de Investigación Criminológica*, 9, 1 – 29. Recuperado de: [file:///C:/Users/Andrea/Dropbox/Mi%20PC%20\(LAPTOP-0H91AG2S\)/Downloads/Dialnet-DelimitandoLaAgresionAdolescente-4783084.pdf](file:///C:/Users/Andrea/Dropbox/Mi%20PC%20(LAPTOP-0H91AG2S)/Downloads/Dialnet-DelimitandoLaAgresionAdolescente-4783084.pdf)
- Lykken, D.T. (1995): *The antisocial personalities*. New Jersey: LEA. Recuperado de: [https://books.google.es/books?hl=es&lr=&id=x8Kroay5GlkC&oi=fnd&pg=PR1&dq=Lykken,+D.T.+\(1995\):+The+antisocial+personalities.+New+Jersey:+LEA&ots=jkeq3mGsGQ&sig=M7EIVzGU2pqbNlACwZ8SgaI37bs#v=onepage&q&f=false](https://books.google.es/books?hl=es&lr=&id=x8Kroay5GlkC&oi=fnd&pg=PR1&dq=Lykken,+D.T.+(1995):+The+antisocial+personalities.+New+Jersey:+LEA&ots=jkeq3mGsGQ&sig=M7EIVzGU2pqbNlACwZ8SgaI37bs#v=onepage&q&f=false)
- Marsee, M.A., & Frick, P.J. (2007). Exploring the cognitive and emotional correlates to proactive and reactive aggression in a sample of detained girls. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 35(6), 969 – 981. doi: 10.1007/s10802-007-9147-y

- Newman, J.P; MacCoon, D.G; Vaughn, L.J & Sadeh, N. (2005). Validating a distinction between primary and secondary psychopathy with measures of Gray's BIS and BAS constructs. *Journal of Abnormal Psychology*, 114(2), 319-323. doi: [10.1037/0021-843X.114.2.319](https://doi.org/10.1037/0021-843X.114.2.319)
- Odgers, C.L. y Russell, MA. (2009). Can adolescent dating violence be prevented through school-based programs?. *Archives of Pediatrics and Adolescent Medicine*, 163(8), 767-768. doi:10.1001/archpediatrics.2009.129
- Pastor, M.C., Moltó, J., Vila, J., Lang, P.J. (2003). Startle reflex modulation, affective ratings and autonomic reactivity in incarcerated Spanish psychopaths. *Psychophysiology*, 40(6), 934-938. <https://doi.org/10.1111/1469-8986.00111>
- Patrick, C.J; Zempolich, K.A., y Levenston, G.K. (1997). Emotionality and violent behaviour in psychopaths. A biosocial analysis. En A. Raine, P.A. Brennan, D.P. Farrington y S.A. Mednick (Eds.), *Biosocial bases of violence*, (pp.145-161). New York: Plenum Press. [https://doi.org/10.1007/978-1-4757-4648-8\\_9](https://doi.org/10.1007/978-1-4757-4648-8_9)
- Pérez Milán, J.F., Ruíz Horta, Y., Pría Barros, M.C., & Guerra Guerra, M. (2012). Aplicación de la escala de Evaluación Psicopática de Hare (PCL-R) a victimarios de homicidio y asesinato. *Revista Hospital Psiquiátrico de la Habana*, 9(3). Recuperado de: <http://www.revistahph.sld.cu/Revista%203-2012/hph01312.html>
- Raine, A., Meloy, J.R., Bihrlé, S., Stoddard, J., LaCasse, L., Buchsbaum, M.S. (1998). Reduced prefrontal and increased subcortical brain functioning assessed using positron emission tomography in predatory and affective murderers. *Behav Sci Law*, 16(3), 319-32. doi: 10.1002/(sici)1099-0798(199822)16:3<319::aid-bsl311>3.0.co;2-g.
- Raine A., Lencz T., Bihrlé S., LaCasse L., & Colletti P. (2000). Reduced prefrontal gray matter volume and reduced autonomic activity in antisocial personality disorder. *Arch Gen Psychiatry*, 57, 119-27. doi: [10.1001/archpsyc.57.2.119](https://doi.org/10.1001/archpsyc.57.2.119)
- Raine, A. (2000). Psicopatía, violencia y neuroimagen. En A. Raine y J. Sanmartín (Ed.), *Violencia y Psicopatía*, 59-88. Barcelona: Ariel.
- Salvador, B., Fernández-Alonso, L., y Arce, R. (2016). ¿Cómo se relaciona la psicopatía secundaria con la ansiedad? Una revisión meta-analítica. En A. Andrés-Pueyo, F. Fariña, M., Novo, y D. Seijo (Eds.), *Avances en psicología jurídica y forense* (pp. 93-100). Santiago de Compostela: Sociedad Española de Psicología Jurídica y Forense. Recuperado de: [file:///C:/Users/Andrea/Dropbox/Mi%20PC%20\(LAPTOP-0H91AG2S\)/Downloads/RelacinPsicopatayAnsiedad.pdf](file:///C:/Users/Andrea/Dropbox/Mi%20PC%20(LAPTOP-0H91AG2S)/Downloads/RelacinPsicopatayAnsiedad.pdf)

- Spielberger, C.D., Jacobs, G., Russell, S. y Crane, R.S. (Eds). (1983). Assessment of Anger: the State-Trait Anger Scale. En J.N. Butcher y C.D. Spielberger (Eds.), *Advances in Personality Assessment*, vol. 2. Hillsdale: LEA
- Torrubia, B. R., & Fuentes, C. (2008). Psicopatía: una entidad clínica controvertida pero necesaria en psiquiatría forense. *Revista española medicina legal*, 34(1), 25-35. [https://doi.org/10.1016/S0377-4732\(08\)70023-3](https://doi.org/10.1016/S0377-4732(08)70023-3)
- Torrubia, R. (1987). La psicopatía. En J. Pérez (Coord.), *Bases psicológicas de la delincuencia y de la conducta antisocial*, (pp. 147-164). Barcelona: PPU.
- Widom, C.S y Newman, J.P. (Eds.). (1985). Characteristics of non-institutionalized psychopaths. En D. P. Farrington y J. Gunn, *Aggression and Dangerousness* (pp. 57-80). New York: Wiley.
- Wilkowski, B. M., & Robinson, M. D. (2010). The anatomy of anger: an integrative cognitive model of trait anger and reactive aggression. *Journal of Personality*, 78(1), 9-38. doi: 10.1111/j.1467-6494.2009.00607.x